



Prefeitura do Município de Piracicaba
Secretaria Municipal de Administração
Serviço Municipal de Perícias Médicas
- SEMPEM -

Instrução Normativa SEMAD 001/2015

Dispõe sobre as regras de uso no Serviço Municipal de Perícias Médicas de REQUERIMENTO – SOLICITAÇÃO próprio para toda e qualquer solicitação que se faça no âmbito deste serviço.

Art. 1º Fica instituído o modelo do REQUERIMENTO de acordo com o Anexo I desta Instrução como documento administrativo padrão para análise se estão justificados ou não afastamentos do trabalho e outros.

Art. 2º Os documentos acima devem ser feitos em duas vias: uma para o SEMPEM e a outra para arquivo do próprio NAA.

Art. 3º O REQUERIMENTO – Anexo I - deve ser preenchido da seguinte forma:

I - data: coloque precisamente a data que o REQUERIMENTO está sendo expedido;

II - nº de controle: Utilize a sequência numérica de sua secretaria (anual) com a sigla da pasta (exemplo: 087/SEMAD/2015);

III – Quadro 1 – Dados do Servidor:

a) **Nome:** extraído do SGRH – Sistema de Gerenciamento de Recursos Humanos;

b) **Número Funcional: CUIDADO!** É dado muito importante do REQUERIMENTO.

Ver no SGRH.

*** Não esqueça de que quem acumula cargos/empregos na Prefeitura do Município de Piracicaba (PMP) deve apresentar dois REQUERIMENTOS, embora possa anexar um único atestado.**

c) **Início (de atividade) na PMP:** coloque a data informada no SGRH.

d) **Idades:** coloque a idade em anos;

e) **Regime de trabalho:** Verifique no SGRH se o servidor é estatutário ou CLT ou comissionado.

São considerados Agentes Políticos apenas o Prefeito, o Vice-Prefeito e os Secretários.

f) **Cargo/Emprego:** ver no SGRH.

g) **Adaptado pelo SESMT:** coloque a informação dada pelo Servidor. Se possível, verifique junto ao SESMT.

h) **Readaptado:** se o Servidor não foi readaptado preencha este campo como **NÃO**. Se foi e houver Laudo Médico indicando a readaptação, preencha **SIM** e informe a atividade para a qual o Servidor foi designado a desempenhar e o ano em que foi publicado no Diário Oficial tal regulamentação.

i) **Acumula cargo:** Se não acumula, preencha **NÃO**. Se acumula, preencha este campo indicando **SIM** e informe corretamente o outro número funcional, o regime de contratação e não esqueça de fazer o outro REQUERIMENTO.

j- **Telefone e e-mail.**

IV – Quadro 2 – Dados da Unidade de trabalho:

a- **Secretaria de Lotação:** constante no SGRH.

b- **Prestando serviços junto:** Indique o local onde se realiza a atividade, por exemplo, Pronto Socorro Piracicamirim, Biblioteca Municipal, etc..

c- **Telefone da Unidade de trabalho/ Chefe imediato.**

d – **Horário de trabalho** e se for em regime de plantão/escala citar os dias e os horários cumpridos.



Prefeitura do Município de Piracicaba
Secretaria Municipal de Administração
Serviço Municipal de Perícias Médicas
- SEMPEM -

V- Quadro 3 – Período de afastamento:

a- **Requer justificar:** colocar corretamente o número de dias que o Servidor requer de afastamento e a data de início e fim do que está requerendo.

* **O servidor pode requerer a quantidade de dias de licença que quiser, independente do número de dias sugeridos no atestado médico, pois caberá ao Perito Médico da PMP a sugestão do prazo de incapacidade laboral a ser considerada.**

b- **Último dia trabalhado:** Informe o último dia efetivamente trabalhado pelo Servidor. Se o último dia **NÃO** for o imediatamente anterior ao início da licença, coloque na observação informações subsidiárias do tipo: estava em gozo de licença médica, gozou licença maternidade até dia ____, gozou férias até dia ____, gozou férias prêmio até dia ____, estava em licença sem vencimentos até dia ____, faltou dias ____, fim de semana, feriado, ponto facultativo, abono, etc.

c – Assinalar qual a opção que o servidor está fazendo: se é pela perícia DIRETA OU INDIRETA, ou se for fora do prazo legal de 72 horas, e portanto, solicitando perícia INDIRETA

* Quando da solicitação de justificativa for para afastamentos de um a três dias, considerados cumulativamente no prazo de 60 dias, o servidor poderá optar por perícia direta ou indireta, se apresentar este Requerimento no dia em que julgue estar incapacitado para o trabalho.

d- **Motivo:** assinale corretamente o que está sendo requerido ou solicitado, e se for o caso, a data em que foi expedido indeferimento.

e- **Fundamento:** assinale corretamente o documento que está sendo anexado ao requerimento, bem como o CRM do Médico ou CRO do Dentista que expediu o atestado e o CID nele contido.

VI – Quadro 4 – Declaração do Servidor: ALERTA! É importantíssimo que o Servidor leia atentamente todo o REQUERIMENTO antes de assiná-lo.

VII – Quadro 5 - Declaração do Preposto: ALERTA! É importantíssimo que o preposto leia atentamente todo o REQUERIMENTO antes de assiná-lo. Colocar o número do Registro Geral - RG da pessoa em questão.

VII – No final do documento o Chefe do N.A.A. ou responsável devem assinar e carimbar.

Art. 7º Esta Instrução Normativa entra em vigor a partir de dezoito de fevereiro de 2015.

Piracicaba, 04 de fevereiro de 2015 .

Rubens Cenci Motta
Interlocutor do SEMPEM

Dr. Luiz Antonio Balamnut
Secretário Municipal de Administração

Publicado no Diário Oficial do Município de Piracicaba em 13/02/2015.

ANEXO I



Prefeitura do Município de Piracicaba
Secretaria Municipal de Administração
Serviço Municipal de Perícias Médicas
- SEMPEM -

Protocolo:
Uso exclusivo do SEMPEM

Piracicaba, de de 2015.

REQUERIMENTO DE LICENÇA MÉDICA Nº: / /2015.

1- DADOS DO SERVIDOR:

Nome:
Nº funcional: - Data Início na PMP: - Idade: anos
Regime: () Estatutário - () CLT - () Comissionado - () Agente Político
Cargo/Emprego: - Adaptado pelo SESMT: () Não – () Sim
* Foi readaptado na função de: - Reintegrado no ano de: .
* Acumula cargo com o nº funcional em regime .
Fone – E-MAIL:

2- DADOS DA UNIDADE:

Secretaria de Lotação: * Prestando serviços junto à
Unidade/Local de trabalho atual:
Telefone da Unidade de trabalho: Chefe:
Horário de Trabalho: () Diário – () Plantão: Dias/ Regime:

3- REQUER PERÍODO DE AFASTAMENTO: (CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E COMPLETO):

Requer justificar dias de afastamento a partir de / / a / / , sendo o último dia trabalhado o dia / / (Obs.:), nos termos do Decreto nº 11.332, de 18/11/2005, publicado no D.O.M. de 28/12/2005 e demais Portarias e Ordens de Serviço relacionadas, o que faço na forma de:

- () Solicitação dentro do prazo legal à **PERÍCIA DIRETA.**
() Solicitação dentro do prazo legal à **PERÍCIA INDIRETA.**
() **SOLICITAÇÃO FORA DO PRAZO LEGAL - PERÍCIA INDIRETA.**

Motivo: () tratamento de sua saúde
() acompanhamento de pessoa da família
() gestante/maternidade
() doação de sangue
() RECONSIDERAÇÃO DE INDEFERIMENTO EM / / .

Fundamento: - Documentos anexados: () atestado médico - () atestado odontológico - CID:
- CRM/CRO nº . - () outros:

4 – DECLARAÇÃO DO SERVIDOR:

Declaro que os dados acima são verdadeiros e que estou ciente das normas que regulamentam os afastamentos do trabalho, suas implicações legais e pecuniárias, bem como a eventual perda do benefício, **assim como a possibilidade de livre escolha à submissão por PERÍCIA DIRETA OU INDIRETA.**

Assinatura do Servidor

5 – DECLARAÇÃO DO PREPOSTO:



Prefeitura do Município de Piracicaba
Secretaria Municipal de Administração
Serviço Municipal de Perícias Médicas
- SEMPEM -

Confirmando os dados acima apresentados, declarando estar devidamente autorizado ao servidor e que este está ciente das normas que regulamentam os afastamentos do trabalho, suas implicações legais e pecuniárias, bem como a eventual perda do benefício, **assim como a possibilidade de livre escolha à submissão por PERÍCIA DIRETA OU INDIRETA.**

Assinatura do Preposto – RG n° _____.

NAA - Para as providências cabíveis no posto de trabalho, dou visto, tomo ciência e, se o caso, informo que de pronto comunicarei o responsável do local de trabalho.

Chefia do NAA ou responsável do Local de Trabalho:

Assinatura e carimbo